

Modulo del dipendente aziendale per la dichiarazione sullo stato di salute

Se stampa e compila a mano questo modulo, **PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO.**

Se sta completando il modulo per aggiungere un familiare alla sua copertura, indichi il numero della sua polizza:

Se sta completando il modulo per accedere alla polizza della sua azienda, indichi:

Nome dell'azienda

Numero identificativo del nucleo aziendale assicurato

Come compilare questo modulo:

1. Compili il modulo in ogni sua parte e non dimentichi di fornirci tutte le informazioni importanti.
2. La sezione 4 di questo modulo deve essere firmata dalla persona che si propone come titolare della polizza. La sezione 7 deve essere firmata da tutte le persone adulte che richiedono copertura in questo modulo. Come da regole europee per la protezione dei dati (GDPR), non saremo autorizzati alla lavorazione di questo modulo se mancano delle firme. Se alcuni dei richiedenti sono minori di 18 anni, uno dei genitori o il tutore deve firmare per loro.

Troverà che i seguenti termini vengono spesso adoperati in questo modulo. Le chiariamo di seguito che cosa intendiamo quando li usiamo:

Paese di origine: Paese di cui detiene un passaporto valido oppure il suo Paese principale di residenza.

Paese principale di residenza: Paese in cui durante la durata della polizza vivrà per più di sei mesi all'anno.

1 Dati del richiedente (ossia della persona che si propone come titolare della polizza)

Se qualcuno dei dati sottostanti dovesse cambiare in qualsiasi momento, ci informi tempestivamente per assicurarsi che la nostra corrispondenza continui a raggiungerla.

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Data di nascita GG / MM / AAAA Sesso: Maschio Femmina

Paese di origine

Nazionalità

Paese principale di residenza

Indirizzo completo nel Paese principale di residenza (campo obbligatorio)

Telefono principale PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Numero di telefono secondario PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Indirizzo e-mail (campo obbligatorio - per favore, scriva in stampatello)

Professione (campo obbligatorio. Se studente, lo indichi per favore)

Eventuale altra assicurazione sanitaria internazionale in attivo:

Nome della compagnia assicurativa

Numero di polizza Data di inizio della polizza GG / MM / AAAA

2 Familiari a carico da includere nella polizza

Per "familiari a carico" intendiamo il suo coniuge/compagno ed eventuali figli minori di 18 anni (o minori di 26 anni se studenti a tempo pieno) economicamente dipendenti da Lei. Se i figli che vuole includere nella polizza hanno tra i 18 e i 25 anni e sono studenti a tempo pieno, dovrà allegare una lettera dell'università o una copia della loro tessera universitaria per confermare il loro stato di studenti. I familiari a carico non possono avere più di 75 anni compiuti. Se ha bisogno di più spazio per includere tutti i familiari a carico, usi un'altra copia di questo modulo e si assicuri che tutte le dichiarazioni e le autorizzazioni siano adeguatamente firmate e datate.

	Familiare n. 1	Familiare n. 2	Familiare n. 3
Parentela con il titolare della polizza	Coniuge/compagno <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>	Coniuge/compagno <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>	Coniuge/compagno <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>
Nome			
Cognome			
Data di nascita	<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>
Sesso	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Professione (campo obbligatorio – se studente, per favore lo specifichi)			
Indirizzo e-mail (obbligatorio per i familiari maggiorenni)			
Paese di origine			
Paese principale di residenza			
Nazionalità			

Eventuali altre coperture assicurative in vigore, sia nazionali che internazionali:

Nome della compagnia assicurativa (laddove applicabile)			
Numero della polizza attualmente in vigore (laddove applicabile)			

3 Dichiarazione sullo stato di salute

- Tra le persone che richiedono copertura, c'è nessuno che ha mai avuto una malattia oncologica (tumori benigni al cervello inclusi), un problema cardiaco o un ictus, ha una protesi articolare o una malattia psichiatrica o mentale? Sì No
- Tra le persone che richiedono copertura, c'è nessuno che negli ultimi 12 mesi ha avuto dei sintomi o dei problemi che potrebbero richiedere una visita medica, o che ha una visita medica prenotata o attende di ricevere un trattamento/terapia o il risultato di analisi, con riferimento a un problema medico corrente o passato? Sì No
- Tra le persone che richiedono copertura, c'è nessuno che al momento presenta delle patologie, o che ha delle patologie croniche o di lunga durata per le quali si richiedono sistematiche visite mediche, controlli o terapie? Sì No
- Se il programma aziendale include la copertura della maternità, tra le persone che richiedono la copertura ci sono al momento donne che attendono un bambino? Sì No
- Tra le persone che richiedono copertura, c'è nessuno che negli ultimi due anni ha presentato eventuali altri problemi o motivi di preoccupazione per la propria salute a cui non si è fatto riferimento nelle domande precedenti? Sì No

Informazioni aggiuntive per le domande a cui ha risposto "sì"

Se ha risposto "sì" a una qualsiasi delle domande precedenti, fornisca maggiori dettagli nella tabella che segue. Dovrà indicare se c'è stata una completa guarigione o se si presentano patologie o disturbi relazionati o derivati dalla diagnosi originaria.

Se possibile, alleghi eventuali documenti di supporto quali certificati medici o risultati di esami diagnostici.

Numero della domanda	Nome della persona che presenta la patologia	Sintomi e/o diagnosi (includa la data in cui la patologia è iniziata)	Quale trattamento, farmaco o dieta speciale le ha raccomandato il medico? Includa le date e, per eventuali farmaci, il nome e le dosi.	Quali controlli, analisi o procedure sono necessari o le sono stati raccomandati?	Ha ancora questa patologia/lesione o questi sintomi?	In che data ha consultato un medico l'ultima volta in riferimento a questa patologia/lesione o sintomi?
		<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>

Numero della domanda	Nome della persona che presenta la patologia	Sintomi e/o diagnosi (incluendo la data in cui la patologia è iniziata)	Quale trattamento, farmaco o dieta speciale le ha raccomandato il medico? Includa le date e, per eventuali farmaci, il nome e le dosi.	Quali controlli, analisi o procedure sono necessari o le sono stati raccomandati?	Ha ancora questa patologia/lesione o questi sintomi?	In che data ha consultato un medico l'ultima volta in riferimento a questa patologia/lesione o sintomi?
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Se lo spazio a disposizione in tabella non è sufficiente, continui su un'altra copia di questo modulo.

4 Dichiarazione

Legga con attenzione e firmi solo se comprende totalmente e accetta quanto di seguito indicato.

- Dichiaro che tutti i dati forniti in questo documento, inclusi quelli che non sono stati scritti di mio pugno, corrispondono a verità e sono completi. Comprendo che questo modulo sarà la base del futuro contratto assicurativo tra me e Allianz Care e che qualsiasi dichiarazione falsa, incorretta o fuorviante da parte mia, o anche qualsiasi omissione mia o di eventuali familiari da includere in copertura potrebbe rendere nulla la polizza.
- Confermo di essere d'accordo a rinunciare ai miei diritti di segretezza e riservatezza in rispetto ai dati della mia storia clinica, allo scopo della valutazione di questa mia richiesta di copertura assicurativa. Autorizzo Allianz Care, laddove lo consideri appropriato, a verificare le dichiarazioni da me fatte sul mio stato di salute, cosa che potrebbe includere il mettersi in contatto con eventuali compagnie assicurative da cui sono stato assicurato anteriormente con una polizza di assicurazione sanitaria.
- Comprendo che, fatte salve restrizioni di tipo legale, Allianz Care (o i suoi esperti, rappresentanti o amministratori terzi in caso di dispute) ha il diritto di richiedere informazioni sul mio conto a medici e ospedali. Autorizzo i medici, specialisti, dentisti, altri professionisti della medicina e i dipendenti di ospedali, enti sanitari e centri medici a fornire ad Allianz Care informazioni sulla mia storia clinica. Autorizzo lo stesso in riguardo a eventuali minori di 18 anni (o persone che per altre ragioni non possono comprendere a pieno il significato di questa autorizzazione) che ho incluso in questa richiesta di copertura.
- Confermo che, considerando i termini contenuti nei documenti di polizza e i programmi selezionati, il prodotto assicurativo risponde alle mie esigenze specifiche.
- Comprendo che questo modulo è valido per due mesi dalla data in cui lo firmo.
- Accetto che:
 - sono responsabile di verificare che i dati mostrati nel mio Certificato di assicurazione (quando lo riceverò) sono corretti;
 - la copertura è soggetta ai termini e condizioni standard (contenuti nella Guida alle prestazioni) in vigore alla data in cui inizia o rinnova la mia polizza;
 - la copertura fornita da Allianz Care potrebbe non essere più adeguata se io o i miei familiari inclusi in questo modulo trasferiamo la nostra residenza in un Paese in cui si applicano restrizioni legali alla copertura sanitaria (ad esempio, la Svizzera);
 - sono responsabile di verificare che non sono soggetto a coperture sanitarie obbligatorie nel mio Paese di residenza e posso confermare che la copertura assicurativa di Allianz Care è appropriata per me dal punto di vista legale.

In qualità di titolare della polizza, firmo la presente dichiarazione e il modulo a nome di tutte le persone incluse nel modulo stesso.

 Firma del titolare della polizza _____

Nome in stampatello _____

Data _____

 / /

5 Nomina del titolare della polizza

Questa parte deve essere completata da tutti i familiari da includere nella polizza che desiderano nominare il titolare della polizza come punto di contatto principale per ogni nostra comunicazione.

Per permetterci di amministrare la polizza, i familiari a carico inclusi in copertura possono nominare il titolare della polizza perché agisca da principale punto di contatto per tutte le comunicazioni relative all'assicurazione. Per nominarlo, basta firmare in basso.

Autorizzo

NOME DEL TITOLARE DELLA POLIZZA

ad agire a mio nome per quanto riguarda l'amministrazione della polizza, cosa che potrebbe includere la visione di informazioni riservate sulla mia salute e storia clinica. La presente nomina rimarrà attiva fino a quando richiederò ad Allianz Care per iscritto di revocarla.

Firma del familiare n. 1

G G / M M / A A A A

Firma del familiare n. 2

G G / M M / A A A A

Firma del familiare n. 3

G G / M M / A A A A

6 Abbiamo a cuore la riservatezza dei suoi dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati personali spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati personali. Le consigliamo di leggerla prima di inviarci i suoi dati personali. Trova l'Informativa qui: www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea. Se ha delle domande in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per email all'indirizzo AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

7 Autorizzazione al trattamento dei dati

Abbiamo bisogno del suo consenso per raccogliere ed elaborare i suoi dati personali e quelli relativi al suo stato di salute e storia clinica. **In mancanza del suo consenso esplicito, non saremo autorizzati a fornirle la polizza che desidera acquistare o a evadere eventuali future richieste di rimborso.** Se ci fornisce il suo consenso, utilizzeremo i suoi dati per le ragioni e procedure che seguono.

Un genitore o il tutore devono completare questa parte a nome di eventuali minori di 18 anni inclusi nella richiesta di copertura.

Il sottoscritto (titolare della polizza) e i familiari citati di seguito acconsentono a:

Nome del titolare della polizza	Nome del familiare n. 1	Nome del familiare n. 2	Nome del familiare n. 3

- Autorizzazione alla raccolta, conservazione e utilizzo dei dati sulla mia salute:** autorizzo Allianz Care a raccogliere, conservare ed utilizzare i dati sulla mia salute al fine di amministrare la polizza (ad esempio per calcolare il mio preventivo, valutare il rischio assicurativo o lavorare le mie richieste di rimborso per spese mediche) e a conservare i dati sulla mia salute in conformità alle leggi per la protezione del consumatore applicabili alle polizze assicurative e alle direttive sulle protezione dei dati.
- Autorizzazione all'ottenimento dei miei dati da terzi:** per fornirmi copertura assicurativa, valutare il rischio assicurativo e lavorare le richieste di rimborso, autorizzo Allianz Care ad ottenere dati sulla mia salute e sulle cure mediche a cui mi sottopongo da medici, personale di ospedali o altre strutture sanitarie, case di riposo, fondi di assicurazione sanitaria obbligatoria, dalla persona che paga il mio premio assicurativo, associazioni professionali e uffici pubblici. Esonero tutte le persone che lavorano per le strutture e uffici sopra menzionati e per Allianz Care dai loro obblighi di segretezza nel trattamento dei dati sulla mia salute o su altri elementi che devono essere condivisi per gli usi sopra indicati.
- Condivisione dei miei dati con parti esterne ad Allianz Care:** autorizzo Allianz Care a condividere i miei dati personali e i dati sulla mia storia clinica con i terzi indicati in basso, i quali potranno usarli solo per gli stessi fini ed entro gli stessi limiti di utilizzo di Allianz Care. Comprendo che Allianz Care ha accordi in riferimento alla protezione dei dati con questi terzi. Esonero tutte le persone che lavorano per i terzi e per Allianz Care dai loro obblighi di segretezza nel trattamento dei dati sulla mia salute o su altri elementi che devono essere condivisi per gli usi di seguito indicati:
 - Terzi: esperti in campo medico. Finalità dell'uso dei dati: permettere la corretta valutazione del rischio assicurativo, l'appropriato pagamento dei rimborsi alla persona assicurata o al medico/centro medico.
 - Terzi: fornitori di servizi, esterni all'Allianz Group. Finalità dell'uso dei dati: amministrare certi servizi per conto di Allianz Care, come ad esempio la valutazione del rischio assicurativo e il pagamento dei rimborsi, laddove:
 - questi servizi coinvolgono la raccolta e l'utilizzo di dati personali e della storia clinica;
 - e Allianz Care è impossibilitata ad amministrare la mia polizza o a pagare i miei rimborsi in mancanza di tali dati.
 - Terzi: co-assicuratori. Finalità dell'uso dei dati: distribuire la copertura del rischio assicurativo e il pagamento dei rimborsi tra le varie compagnie assicurative che potrebbero rilasciare la polizza in congiunzione ad Allianz Care.
 - Terzi: altre compagnie assicurative che potrebbero coprire la persona assicurata per la stessa prestazione allo stesso tempo. Finalità dell'uso dei dati:
 - distribuire equamente la responsabilità del pagamento dovuto alla persona assicurata;
 - o collaborare all'individuazione e prevenzione delle frodi e dei crimini finanziari.

Se cambio idea in merito alle preferenze che ho espresso qui sopra, anche nel caso di voler revocare le autorizzazioni, dovrò solamente informare Allianz Care scrivendo un'e-mail all'indirizzo: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Firma del titolare della polizza

G G / M M / A A A A

Firma del familiare n.1

G G / M M / A A A A

Firma del familiare n.2

G G / M M / A A A A

Firma del familiare n.3

G G / M M / A A A A

8 Preferenze di marketing

Il sottoscritto (titolare della polizza) e i familiari inclusi in questo modulo autorizzano Allianz Care a raccogliere, usare e rivelare i miei dati personali allo scopo di fornirmi informazioni a scopo promozionale. Comprendo che i miei dati personali verranno utilizzati solo per i fini e le iniziative che ho spuntato tra quelle elencate di seguito.

Nome del titolare della polizza	Nome del familiare n. 1	Nome del familiare n. 2	Nome del familiare n. 3

Informazioni che Allianz Care invia sui propri prodotti e servizi, inclusi gli aggiornamenti su promozioni e nuovi prodotti/servizi.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informazioni inviate direttamente da altre compagnie dell'Allianz Group sui loro prodotti e servizi. Comprendo che, a questo scopo, Allianz Care dovrà fornire i miei recapiti a tali altre compagnie dell'Allianz Group.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informazioni inviate direttamente da partner di Allianz Care in merito ai loro prodotti e servizi. Comprendo che, a questo scopo, Allianz Care dovrà fornire i miei recapiti a tali partner.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le informazioni di cui sopra devono essermi inviate per:

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messaggi in-app	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inoltre il modulo completato usando i seguenti dati:

@ E-mail: underwriting@allianzworldwidecare.com

☎ Fax: +353 1 629 7117

🏠 Posta: Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Irlanda

Se ha delle domande in merito al presente modulo o in merito al procedimento di richiesta di copertura, contatti la nostra Helpline: +353 1 630 1305

📘 www.facebook.com/AllianzCare/

🌐 www.linkedin.com/company/allianz-care

📺 www.youtube.com/c/allianzcare

📷 www.instagram.com/allianzcare/

🐦 twitter.com/AllianzCare